

【記入見本】

青字の箇所をご記入ください

・アストラゼネカ社員：100
・アレクシオンファーマ社員：300

必ず押印してください。

郵便物が必ず届く住所と日中必ず連絡がつく電話番号を記入してください。

保険 傷病手当金(延長傷病手当金付加金)請求書 (第 1 回)

の欄の訂正は本人の印	①被保険者証の記号番号	記号	(フリガナ) タナカ タロウ	③
	②被保険者の氏名	番号	田中 太郎	昭和・平成 50年 11月 11日生
	④連絡先(住所・電話番号)	〒 573 - 1115	大阪市 中央区 山町 1-1-1	(自宅) 06 - 1111 - 2222 (携帯) 090 - 3333 - 5555
	⑤発病又は負傷した者の氏名	田中 太郎	⑥所属部署	本社 総務部
被ご記保	⑦傷病名	右大腿骨骨折	⑧発病又は負傷の年月日	昭和・平成・令和 31年 1月 10日
	⑨発病又は負傷の原因	自宅の階段踊り場で転倒して階下に落下した。		負傷の原因は第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑩療養のため休んだ期間(請求期間)	令和 1年 5月 11日から	令和 1年 5月 31日まで	21日間
	⑪⑩に書いた期間分として報酬(賃金)の支払を受けましたか、又は受けられますか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けられる
入	⑫障害厚生年金・障害手当金を受けていますか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 請求中	<input type="checkbox"/> 受けている
	⑬給付金の支払いについて	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者は在職中である。 ⇒ 給与振込口座に支払います。 <input type="checkbox"/> 被保険者は退職者である。又は、任意継続被保険者である。 ⇒ 請求者の名義又は受領委任金融機関口座に支払います。		
	⑭アストラゼネカ株式会社 代表取締役 堀井 貴史を代理人と定め、この請求に基づく給付金の受領を委任します。	在職中のご請求の場合は、記入不要です。 右端のプルダウンリストから所属会社を選択してください		
	⑮金融機関希望名	(フリガナ) 銀行 信用金庫	金融機関コード	預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他() 口座番号
と	⑮ 金融機関希望名	(フリガナ) 本店 支店	支店コード	名義 (フリガナ) 同一の傷病により支給される障害年金と傷病手当金は併給することができません。(※5.参照)
	⑯委任状	この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者(請求者)の氏名及び印 _____ 印 住所 _____ 代理人の氏名 _____ 印		

※記入上の注意

[受 付 印]

1. 印ははっきり押し、印もれのないようにしてください。なお、訂正したときは③と同じ印を訂正印として押してください。(印鑑は認印可。スタンプ印・日付印は不可。)
2. ⑭には③と同じ印を押印してください。
3. 退職者(任意継続被保険者)で、被保険者(請求者)本人名義以外の口座に振込みを希望するときは、⑯により代理人に給付金の受領委任をしてください。そのときは⑯に③に押した印と同じ印を押してください。
4. ⑨、⑪～⑬及び⑮の口には該当する事項に✓を入れてください。
5. ⑫で「 受けている」に✓を入れた方は、障害年金受給の原因となった傷病名と年金額がわかる書類(年金証書、直近の改定通知書などの写し)を添付してください。
6. 退職後、引き続いて傷病手当金を受給される60歳以上の方は、老齢(退職)年金の年金額がわかる書類(年金証書、直近の改定通知書などの写し)を添付してください。
7. 40歳以上の方で老化が原因で起きる「特定疾患(初老期の認知症、脳血管疾患など)」により介護保険法による介護サービスを受けている場合は、市町村が交付する通知書の写しを添付してください。

この欄の訂正は事業主が証明するところ	被保険者氏名			事業主の証明をお願いします。	働いた期間		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
	① 上の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給した、又は支給する場合	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	円					
	一部支給した	基本給	() 手当	() 手当	() 手当	月 日から	月 日から	月 日から	月 日から	
	又はする場合					月 日まで	月 日まで	月 日まで	月 日まで	
	備考									
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日									
	事業所の所在地		事業所の名称							
	事業主の氏名・印		TEL - -							

この欄の訂正は医師の意見を書くところ	被保険者氏名			医師の証明をお願いします。	労務不能の原因となった病名		① 発病又は負傷の年月日	原因	② 診療開始日																							
	① 労務不能の期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間			昭和・平成・令和		昭和・平成・令和																							
	③ 上の期間のうち入院した期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	2.		昭和・平成・令和		昭和・平成・令和																							
		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	3.		昭和・平成・令和		昭和・平成・令和																							
	④ 診療実日数	日間	⑤ 手術年月日	令和 年 月 日	⑥ 退院年月日	令和 年 月 日																										
	診療日を○で囲んでください。																															
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	⑦ 労務不能と認めた期間について、傷病の主症状及び経過概要																															
就労の見込みについて（ア、令和 年 月 日頃から就労可能見込み、イ、現時点では不明）																																
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																
医療機関等の所在地		医療機関等の名称																														
医師の氏名・印		TEL - -																														